# ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΝΟΜΟΣ ΑΧΑΪΑΣ

**ΔΗΜΟΣ ΠΑΤΡΕΩΝ**

**ΝΠΔΔ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ**

**ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ**

(Να συμπληρωθεί από Παιδίατρο)

**ΕΝΤΥΠΟ 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ |  | | |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  | | |
| ΒΑΡΟΣ |  | |  |
| ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ |  | | |
| ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ (ΦΑΡΜΑΚΑ, ΤΡΟΦΕΣ ΚΛΠ) |  | | |
| ΑΝΑΠΤΥΞΗ |  | | |
| ΕΛΛΕΙΨΗ G6PD | ΝΑΙ | ΟΧΙ |  |
| ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΠΑΣΜΩΝ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ΕΑΝ ΝΑΙ, ΑΙΤΙΑ |  | | |
| ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΑΙΡΝΕΙ (ΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ) |  | | |
| ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ |  | | |

Ο/Η ………………………………………………………………………………………………………… είναι πλήρως εμβολιασμένος/-η για την ηλικία του και υγιής. Μπορεί να φιλοξενηθεί σε Βρεφονηπιακό - Παιδικό Σταθμό και να συµµετέχει στις επιτηρούμενες δραστηριότητες του Σταθμού (π.χ. μουσικοκινητική, γυμναστικές ασκήσεις).

Ημερομηνία ……/ ……/ 202

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

# ΚΑΡΤΕΛΑ ΕΜΒΟΛΙΩΝ ΠΑΙΔΙΟΥ

Να συμπληρωθούν από τον παιδίατρο µε ένα **Χ** τα εμβόλια που έχουν γίνει, Στη τελευταία δόση, να αναγράφεται και η ημερομηνία που αυτή έγινε.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΕΜΒΟΛΙΑ** | **1Η ΔΟΣΗ** | **2Η ΔΟΣΗ** | **3Η ΔΟΣΗ** | **4Η ΔΟΣΗ** | **5Η ΔΟΣΗ** |
| Διφθερίτιδα ς Τετάνου Κοκκύτη  (DTP ή DTaP) |  |  |  |  |  |
| Πολιοµυελίτιδας (Polio) |  |  |  |  |  |
| Αιµόφιλου της ινφλουέντζας (Ηib) |  |  |  |  |  |
| Ηπατίτιδας Β (HepB) |  |  |  |  | |
| Ιλαράς Ερυθράς  Παρωτίτιδας (MMR) |  |  |  | | |
| Φυµατική  Δοκιµασία (Mantoux) |  |  |  |  |  |
| Φυµατίωσης (BCG) |  |  | | | |
| Μηνιγγιτιδόκοκκου |  |  |  |  | |
| Πνευµονιόκοκκου |  |  |  |  |  |
| Ανεµοβλογιάς |  |  |  | | |
| Ηπατίτιδας Α |  |  |
| Λοιποί εµβολιασµοί |  |  |  |  |  |

Ημερομηνία ……/ ……/ 202

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ